บทความฟื้นวิชาการ Review Article

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ
Delrium in Older Adults

อัญชลีพร วิสิทธิ์วงษ์ พย.ด.
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สวรรค์ประชารักษ์
จังหวัดนครสวรรค์

Anchaleeporn Wisitwong, RN., PhD
Boromarajachonani College of Nursing
Sawanpracharak
Nakhon sawan

สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร
ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2552

Sawanpracharak Medical Journal
Vol.6 No.2 May-August 2009

บทนำ

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นกลุ่มอาการที่สำคัญและพบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ (Geriatric Syndrome) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย บางครั้งเป็นอาการเด่นเพียงอาการเดียวของการเจ็บป่วย ถ้ามีการประเมิน ค้นพบ และจัดการดูแลอย่างเหมาะสมตั้งแต่แรก จะช่วยให้ผู้สูงอายุกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ แต่ถ้าไม่มีความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอและไม่สืบค้นสาเหตุของการเจ็บป่วย จะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลล่าช้า ทำให้การเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น ดังตัวอย่าง

ชายไทย อายุ 79 ปี 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาลด้วยเรื่องปัสสาวะไม่สะดวก ต้องใส่สายสวนปัสสาวะ แพทย์นัดมาส่องกล้องพบต่อมลูกหมากโต ผู้ป่วยมีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก (TUR-P) วันที่ 21 พฤศจิกายน 2551 หลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยไม่นอนทั้งคืน ผุดลุกผุดนั่ง พูดคนเดียว ดึงสายน้ำเกลือที่ให้ทางหลอดเลือดดำ และสายสวนปัสสาวะ (Foley's catheter) พยาบาลจึงต้องใช้ผ้าผูกข้อมือไว้

ชายไทย อายุ 84 ปี มาโรงพยาบาลด้วยเรื่อง ปวดจุกท้องใต้ลิ้นปี่มาก มา 3 วัน โดย 5 เดือนก่อน มีอาการปวดท้อง มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ได้รับยาไปรับประทาน อาการทุเลา แต่ยังมีอาการปวดท้องเป็นๆ หายๆ ครั้งนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Acute cholecystitis with common bile duct stone ได้รับการผ่าตัด Cholecystectomy วันที่ 28 สิงหาคม 2551 ขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยนอนหลับไม่สนิท วิตกกังวลเรื่องการผ่าตัด กลัวความเจ็บปวด ประกอบกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย จึงทำให้หลับๆ ตื่นๆ ตลอดคืน วันก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ขอบตาคล้ำ คืนหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการสับสน ผุดลุกผุดนั่ง ดึงสายน้ำเกลือที่ให้ทางหลอดเลือดดำ และสายสวนปัสสาวะ (Foley's catheter) แกะแผลผ่าตัด และ T-tube พยาบาลจึงต้องใช้ผ้าผูกข้อมือไว้ในช่วงกลางคืน แต่ช่วงกลางวัน ผู้ป่วยจะสงบและนอนหลับตลอด

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นทั้งอาการนำของการเจ็บป่วยและเกิดขึ้นในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ทำให้ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม บางรายมีการรับรู้และความจำเสื่อมถอยลงโดยไม่กลับเหมือนเดิม ทำให้เป็นภาระต่อครอบครัวมากขึ้นเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อัตราการเข้าอยู่ในสถานบริบาลสูงขึ้น และอัตราการตายเพิ่มขึ้น[1,2] และยังเป็นปัจจัยทำนายจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่นาน[3] ภาวะสับสนเฉียบพลันพบได้สูง ร้อยละ 14–56 และเป็นปัญหาทางคลินิกที่สำคัญแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 66–70 จึงทำให้ไม่ได้รับการป้องกันและการจัดการดูแล แม้มีรายงานว่าภาวะนี้สามารถป้องกันได้ ร้อยละ 30–40 ภาวะสับสนเฉียบพลันพบมากในผู้ป่วยระยะวิกฤต ผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยศัลยกรรม และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยเฉพาะผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก และผ่าตัดหัวใจ[4]

ความหมายของภาวะสับสนเฉียบพลัน

ภาวะสับสนเฉียบพลันในภาษาอังกฤษที่ใช้บ่อยๆ คือ Acute Confusion และ Delirium ซึ่งแปลว่าเพ้อ ในอดีตมีคำที่ใช้อธิบายผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหน่วยบำบัดวิกฤตว่า ICU psychosis ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ผิดๆ กับผู้ป่วย[5]

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) เป็นกลุ่มอาการของความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจะขาดสมาธิ ความตั้งใจ ทำให้การรู้คิดหรือการรับรู้ผิดปกติ โดยความผิดปกติจะเป็นอยู่ในช่วงเวลาสั้นๆ อาจเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันและมีอาการไม่คงที่

สมาคมจิตเวชอเมริกาให้ความหมายและใช้เกณฑ์การวินิจฉัย[6] มีลักษณะดังนี้ คือ

1) มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวในการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมภายนอก ขาดสมาธิ หันเหไปสู่สิ่งกระตุ้นอื่นได้ง่าย ความตั้งใจและความสนใจลดลง

2) มีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ ได้แก่ ความสามารถในการจำลดลง มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล หรือความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา ความผิดปกติของการรับรู้ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

3) ความผิดปกติที่เกิดขึ้นดังกล่าวเป็นอยู่ช่วงเวลาสั้นๆ อาจเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันและมักมีอาการเป็นๆ หายๆ ในบางช่วงเวลา

4) มีข้อมูลสนับสนุนจากประวัติการตรวจร่างกาย หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบความผิดปกติเนื่องจากโรคทางกาย จากการได้รับสารพิษ การใช้ยาหรือสาเหตุหลายอย่างร่วมกัน

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุของภาวะสับสนเฉียบพลันเกิดจากปัจจัยร่วมหลายอย่าง (Multifactiorial) มีสมมุติฐานที่เป็นไปได้เกี่ยวกับความไม่สมดุลของระบบสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) ซึ่งควบคุมเกี่ยวกับการรู้คิด(Cognitive Function) พฤติกรรม(Behavior) และอารมณ์ (Mood) ข้อเท็จจริง คือ มีความสัมพันธ์ร่วมที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยชักนำ (Predisposing Factors) และ

ปัจจัยเร่งให้เกิด(Precipitating Factors) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความเปราะบางมากต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เช่น ผู้สูงอายุกลุ่มที่อายุสูงมาก ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีภาวะร่วมหลายอย่าง เมื่อมีปัจจัยเร่งให้เกิดเพียงอย่างเดียว เช่น ได้ยานอนหลับเพียงครั้งเดียวก็มีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ แม้ว่าผู้ป่วยที่ไม่เปราะบางเมื่อมีปัจจัยเร่งให้เกิดหลายอย่าง เช่น ได้รับยาระงับความรู้สึก ผ่าตัดใหญ่ ได้ยากลุ่ม Psychoactive ก็มีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้เช่นเดียวกัน ปัจจัยชักนำ และปัจจัยเร่งให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วย ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2[4]

ตารางที่ 1 ปัจจัยชักนำ (Predisposing Factors) ของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

ประเภท	ปัจจัยชักนำ
ลักษณะประชากร	◆ อายุ 65 ปี หรือมากกว่า 65 ปี ◆ เพศชาย
ภาวะการรับรู้ / ปัญญา	◆ สมองเสื่อม ◆ มีภาวะพร่องการรับรู้ ◆ มีประวัติสับสนเฉียบพลัน ◆ ซึมเศร้า
ภาวะการทำหน้าที่	◆ ต้องพึ่งพา ◆ เคลื่อนไหวไม่ได้ ◆ มีกิจกรรมน้อย ◆ มีประวัติหกล้ม
การพร่องของประสาทสัมผัส	◆ การมองเห็นบกพร่อง ◆ การได้ยินบกพร่อง
การรับประทานทางปาก	◆ ขาดน้ำ ◆ ทุพโภชนาการ
ยา	◆ ได้ยา Psychoactive หลายชนิด ◆ รักษาด้วยยาหลายชนิด ◆ ดื่มสุรา

ตารางที่ 1 ปัจจัยชักนำ (Predisposing Factors) ของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (ต่อ)

ประเภท	ปัจจัยชักนำ
โรคร่วมและภาวะเจ็บป่วย	◆ เจ็บป่วยรุนแรง ◆ มีโรคร่วมหลายอย่าง ◆ โรคตับและไตเรื้อรัง ◆ มีประวัติโรคหลอดเลือดและสมอง ◆ มีโรคระบบประสาท ◆ มีความผิดปกติทางเมตาโบลิก ◆ มีการบาดเจ็บ กระดูกหัก ◆ เจ็บป่วยระยะสุดท้าย ติดเชื้อ HIV

ตารางที่ 2 ปัจจัยเร่ง(Precipitating Factors) ที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

ประเภท	ปัจจัยเร่ง
ยา	◆ ได้รับSedative Hypnotics ◆ ได้รับNarcotics ◆ ได้รับAnticholinergic Drugs ◆ รักษาด้วยยาหลายชนิด ◆ การถอนยา หรือ แอลกอฮอล์
โรคระบบประสาท	◆ Stroke ◆ เลือดออกในสมอง ◆ เยื่อหุ้มสมองอักเสบหรือสมองอักเสบ
การเจ็บป่วย	◆ ติดเชื้อ ◆ ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ◆ เจ็บป่วยเฉียบพลันและวิกฤต ◆ ขาดออกซิเจน ◆ ภาวะช็อค ◆ มีไข้หรืออุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ ◆ ภาวะซีด

ตารางที่ 2 ปัจจัยเร่ง(Precipitating Factors) ที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (ต่อ)

ประเภท	ปัจจัยเร่ง
	◆ ขาดน้ำ ◆ ทุพโภชนาการรุนแรง ◆ ระดับอัลบูมินต่ำ ◆ ความผิดปกติทางเมตาโบลิก (Electrolyte, Glucose, pH.)
การผ่าตัด	◆ ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ ◆ ได้รับการผ่าตัดหัวใจ
สิ่งแวดล้อม	◆ การเข้ารักษาในหน่วยบำบัดวิกฤต ◆ ได้รับการผูกมัด ◆ ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ ◆ ได้รับการทำหัตถการหลายอย่าง ◆ ความปวด ◆ ความเครียดทางอารมณ์ ◆ นอนไม่หลับหลายวัน

สมาคมพยาบาลแห่งออนตาริโอ เสนอแนะวิธีจำตัวย่อที่แสดงสาเหตุของภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังตารางที่ 3[7]

ตารางที่ 3 สาเหตุของภาวะสับสนเฉียบพลัน

ปัจจัย ตัวย่อ "I Watch Death"	อาการนำ
I = Infection	การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ สมองอักเสบ
W = Withdrawal	แอลกอฮอล์ ยานอนหลับกลุ่ม Benzodiazepine ยาทำให้สงบ
A = Acute metabolic	ความผิดปกติของ Electrolyte ขาดน้ำ เสียสมดุลของกรดด่าง ตับวาย ไตวาย
T = Toxins, drugs	ยากลุ่ม Opiates, Salicylates, ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs), สเตียรอยด์, กลุ่มยาหัวใจ, Digoxin, Lidocaine, Dilantin, Anticholinergics, ยารักษาทางจิต
C = CNS Pathology	หลอดเลือดสมอง เนื้องอก ชัก การตกเลือด การติดเชื้อ

ตารางที่ 3 สาเหตุของภาวะสับสนเฉียบพลัน (ต่อ)

ปัจจัย ตัวย่อ "I Watch Death"	อาการนำ
H = Hypoxia	ซีด ปอด หรือ หัวใจล้มเหลว ความดันโลหิตต่ำ
D = Deficiencies	การขาด Thiamine (B1) วิตามิน B12
E = Endocrine	ไทรอยด์ Hyperparathyroidism ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือ ต่ำผิดปกติ Adrenal insufficiency
A = Acute vascular	ช็อก ความดันเลือดสูงวิกฤตที่มีอาการทางสมอง (Hypertensive Encephalopathy)
T = Trauma	การบาดเจ็บที่ศีรษะ การพลัดตกหกล้ม ภาวะหลังการผ่าตัด
H = Heavy metals	พิษของตะกั่ว ปรอท แมกนีเซี่ยม

พยาธิกำเนิด

พยาธิสรีระวิทยาของภาวะสับสนเฉียบพลันยังไม่แน่ชัด เป็นความผิดปกติทางจิตใจที่เกิดจากสมอง สมมติฐานมาจากบทบาทของสารสื่อประสาท การอักเสบและภาวะเครียดเรื้อรัง[4]

1) บทบาทของ Cholinergic Deficiency เช่น การให้ยา Anticholinergic ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในคนและสัตว์ และพบว่า Serum Anticholinergic Activity เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

2) การเพิ่มขึ้นของ Dopamines (Dopaminergic Excess) และมีผลต่อการหลั่ง Acetylcholine การได้ยากลุ่ม Dopaminergic เช่น Levodopa และ Brupropion เป็นปัจจัยชักนำทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและ Dopamine Antagonists เช่น Antipsychotic Agent สามารถรักษาภาวะสับสนเฉียบพลันได้

3) บทบาทของสารสื่อประสาทอื่น เช่น Norepinephrine, Serotonin, r-aminobutylic acid, Glutamate และ Melanin อาจมีบทบาทในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันแต่ยังมีหลักฐานยืนยันน้อย ซึ่งอาจเกิดจากปฏิสัมพันธ์กับ Cholinergic และ Dopaminergic Pathways

4) บทบาทของ Cytokines รวมทั้ง Interleukin - 1, Interleukin - 2, Interleukin - 6, tumor necrotic factor a (TNF-a) และ Interferon อาจทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันโดยไปเพิ่ม Permeability ของ Blood-brain Barrier และมีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท

5) ภาวะเครียดเรื้อรัง เป็นการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่กระตุ้นระบบประสาท ซิมพาเทติค และ Hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis ไปเพิ่มระดับ Cytokine และ Chronic Hypercortisolism การมี Chronic Hypercortisolism มีผลเสียต่อ Hyppocampal Serotonin (5- hydroxyl tryptamine (5-TH)) 5-HT_{IA} receptor และอาจทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

อาการแสดงทางคลินิก

ผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลันมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่มีความผิดปกติทางจิตในหลายลักษณะโดยการแสดงออกของพฤติกรรมจะมีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอื่นๆ ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออก สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท (Subtypes of Delirium) [6, 8] ดังนี้

1. Hyperactive: มีพฤติกรรมที่วุ่นวาย สับสน ลักษณะอาการที่พบโดยทั่วไปได้แก่ อาการหวาดระแวง ระแวดระวัง พักผ่อนไม่ได้ พูดเร็วเสียงดัง โกรธง่าย จู่โจมทำร้ายผู้อื่น ขาดความอดทน เหงื่อออก หัวเราะ หรือร้องไห้ ซึ่งไม่สัมพันธ์กับสถานการณ์ เพ้อฝัน ชอบเดินไปมาไม่หยุดนิ่ง พยายามดึงสายยางหรืออุปกรณ์ติดตัวออก เคลื่อนไหวตอบโต้อย่างรวดเร็ว ตื่นเต้นตกใจง่าย มีฝันร้าย และมีความคิดฝังแน่นกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ผู้ป่วยประเภทนี้มีแนวโน้มการเกิดอาการประสาทหลอนได้ง่าย

2. Hypoactive: ผู้ป่วยประเภทนี้จะมีลักษณะตรงกันข้ามกับประเภทแรก ลักษณะอาการที่แสดงออกได้แก่ เซื่องซึม เฉยเมย อ่อนเพลียเอาแต่นอน การเคลื่อนไหวช้าหรือลดลง รวมถึงการไม่รู้จักระมัดระวังตัว ซึมลง พูดน้อยหรือพูดช้า จ้องมองอย่างไร้จุดหมาย ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักถูกละเลยในการวินิจฉัยหรือได้รับการวินิจฉัยที่ผิดพลาดเป็นภาวะซึมเศร้า (Depression) หรือภาวะอื่นๆ ได้ง่าย

3. Mixed subtype: มีลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกไม่คงที่ สลับไปมาระหว่าง Hyperactive และ Hypoactive ซึ่งเป็นประเภทที่พบได้มากที่สุด

พยาบาลและญาติของผู้ป่วยสามารถสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะแรกซึ่งเป็นอาการนำก่อนมีอาการชัดเจน เช่น พบว่าผู้ป่วยกระสับกระส่าย กระวนกระวาย และผู้ป่วยเองจะบอกว่าความคิดสับสน ไม่มีสมาธิ หรือวุ่นๆ "Mixed up" "เป็นอะไรไม่รู้" อารมณ์เปลี่ยนแปลง รู้สึกไวต่อแสงและเสียง การรับรู้ผิดปกติ นอนหลับกลางวันมาก แม้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ญาติสังเกตได้ว่าเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น วุ่นวายมากขึ้น ปัสสาวะกระปริดกระปรอย และไม่ยอมเดิน เป็นต้น

อาการสำคัญๆ ทางคลินิก ได้แก่ ความบกพร่องของระดับความรู้สึกตัว และเรื่องสติปัญญาและการรับรู้ แสดงออกด้วยจังหวะการนอนผิดปกติ สูญเสียความทรงจำ หลงลืมเวลาและสถานที่ การรับรู้ผิดปกติ แปลสิ่งเร้าผิด เห็นภาพหลอนและอาการหลอนประสาท เช่น เห็นสายน้ำเกลือเป็นงู เห็นตัวหนังสือบนผ้าปูที่นอนเป็นมด จึงพยายามจับทิ้ง หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดและโต้ตอบ ญาติมักจะบอกว่าพูดถึงคนที่เสียชีวิตไปแล้ว ตื่นตระหนกตกใจเพราะมีคนมาทำร้าย เป็นต้น นอกจากนี้มีอารมณ์เปลี่ยนแปลง เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือก้าวร้าว

กิจกรรมการเคลื่อนไหวทางด้านร่างกายผิดปกติ โดยเคลื่อนไหวมากขึ้น วุ่นวาย อยู่ไม่นิ่ง หรือการเคลื่อนไหวลดลง ซึม ไม่เคลื่อนไหว หรือชนิดผสมบางช่วงวุ่นวายบางช่วงนิ่งเงียบ

ความคิดสับสนไม่เป็นระบบ แสดงออกมาโดยพูดออกมาจับใจความไม่ได้ ไม่มีความต่อเนื่อง เมื่ออาการดีขึ้นผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจำไม่ได้ หรือคล้ายกับฝันไป เช่น ผู้ป่วยเล่าให้ฟังว่าไปวัดทำบุญ

จังหวะการนอนและการตื่นเปลี่ยนแปลง มักนอนหลับช่วงกลางวัน กลางคืนไม่ยอมนอน

หลับๆ ตื่นๆ

พยาบาลที่รู้จักลักษณะปกติของผู้ป่วย ช่างสังเกตและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยสามารถตรวจพบภาวะสับสนเฉียบพลันได้ในระยะแรก โดยเฉพาะความผิดปกติเกี่ยวกับความตั้งใจ ซึ่งเป็นอาการสำคัญ เช่น ผู้ป่วยขาดสมาธิ พูดออกนอกเรื่องหลังจากตอบคำถาม หรือบางครั้งเปลี่ยนความสนใจไปสู่สิ่งอื่นได้ง่าย สายตาสอดส่าย โต้ตอบเสียงประกาศของโรงพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลอาจพบว่าอาการเหล่านี้มักเกิดช่วงตอนเย็นหรือกลางคืนมากกว่ากลางวัน นอนไม่หลับและพบว่าผู้ป่วยจะถูกผูกมัดไว้ในช่วงพลบค่ำหรือตอนกลางคืน อาจเกิดหกล้มจากการปีนลงจากเตียง นอกจากนี้สังเกตได้ว่าอารมณ์เปลี่ยนแปลง กลัว กังวล ระแวง วิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ หรืออารมณ์ร่าเริงผิดปกติ เป็นต้น

แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุพยาบาลควรปฏิบัติ ดังนี้ [7]

1. ควรเริ่มการใช้วิธีการคัดกรองต่างๆ เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งในระยะเริ่มต้นของปัญหาและระยะที่กำลังเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันที่เป็นที่แพร่หลาย ได้แก่ The Confusion Assessment Method (CAM) ที่พัฒนาโดย Inouye และคณะ[9,10] นอกจากนี้ พยาบาลควรใช้ Diagnostic and Statistical Manual (DSM) IV-R[7] ในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน และการสังเกตว่าเป็นแบบ Hypoactive หรือ Hyperactive ซึ่งประเมิน
 - ระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนไป (ระดับการรับรู้และความตั้งใจลดลง)
 - การเปลี่ยนแปลงการรู้คิด
 - เริ่มเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด และอาการแสดงเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ไม่คงที่
 - จากประวัติ การตรวจร่างกาย และผลทางห้องปฏิบัติการ

ดังนั้น การที่จะทราบว่ามีอาการเปลี่ยนแปลง พยาบาลต้องทราบระดับการรู้คิดหรือความสามารถในการทำกิจกรรมพื้นฐานก่อน อย่างไรก็ตาม หากภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นแบบ Hypoactive อาจจะไม่ได้รับการสังเกตหรือได้รับการป้องกันจัดการเท่าที่ควร พยาบาลจึงควรตระหนักและเฝ้าระวังปัญหานี้

2. มีบทบาทในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยการจัดการปัจจัยเสี่ยง งานวิจัยพบว่าโปรแกรมการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันที่รวมการจัดการหลายๆ องค์ประกอบ มีประสิทธิภาพในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น กลุ่มหลังการผ่าตัดกระดูกสะโพก กลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีปัญหาซับซ้อน ปัจจัยเสี่ยงที่ควรให้ความสนใจ เช่น ความบกพร่องทางความคิด ความจำ การนอนหลับไม่เพียงพอ การไม่ได้เคลื่อนไหว การมองเห็นและการได้ยินผิดปกติ และการขาดน้ำ เป็นต้น

3. พยาบาลต้องร่วมกันป้องกันและแก้ปัญหาร่วมกับสาขาวิชาชีพอื่น ซึ่งครอบคลุมหลายๆ มิติ ดังต่อไปนี้

3.1 การปรึกษาและการส่งต่อ เช่น การส่งต่อแพทย์ทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จิตแพทย์

หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางระบบประสาท เป็นต้น

3.2 การจัดการให้ปัจจัยด้านสรีระมีความคงที่ (Physiological Stability) และจัดการสาเหตุที่สามารถกลับคืนสู่ปกติได้ พยาบาลจะรับผิดชอบในการประเมิน แปลข้อมูล จัดการบันทึกและสื่อสารข้อมูลทางสรีระของผู้สูงอายุกับบุคลากรต่างๆ เช่น สัญญาณชีพ ระดับ Oxygenation น้ำตาลในเลือด ฮีโมโกลบิน อิเลคโทรลัยต์ การบันทึกปริมาณ Intake/Output การขับถ่าย ความเจ็บปวด นอกจากนี้ ควรหาวิธีการในการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบและสื่อสารกับแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ จัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ มีการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรม ดูแลเรื่องประสาทสัมผัสด้านการเห็นและการได้ยิน หรือการดูแลเพื่อให้นอนหลับแบบไม่จำเป็นต้องใช้ยา

3.3 การจัดการเรื่องยา พยาบาลต้องคำนึงถึงผลของยาที่ผู้สูงอายุใช้เสมอ ทบทวนการใช้ยาเป็นประจำ และตระหนักถึงยาที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน แพทย์ควรลดชนิดและขนาดการใช้ยาที่ไม่จำเป็นลงให้เหลือน้อยที่สุดเฉพาะที่จำเป็นในการรักษา ให้ความสำคัญกับยาในกลุ่ม Anticholinergic, Histamine 2 blockers, Analgesics, Anti-psychotics, Sedative hypnotics, กลุ่มยาโรคหัวใจ หากมีอาการสับสนเฉียบพลัน จะใช้ยาในกลุ่มจิตเวชรักษาอาการที่จำเพาะเท่านั้น ไม่ควรใช้เป็น First Line ในการรักษา และหยุดยาเมื่อการรักษาไม่ได้ผล และควรทบทวนเหตุผลในการใช้ยาเสมอๆ

3.4 สิ่งแวดล้อม พยาบาลต้องลดและกำจัดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน American Psychiatric Association เสนอแนะว่า ควรสร้างบรรยากาศที่คุ้นเคย และมีของใช้ส่วนตัวที่ใช้ประจำ เช่น ปฏิทิน นาฬิกา บอกผู้สูงอายุถึงสิ่งแวดล้อม บุคคล วัน เวลา สถานที่ รวมทั้งลดเสียงที่ดังอึกทึก เพราะผู้ที่สับสนอาจจะแปลความหมายของสิ่งกระตุ้นทางสายตาและการได้ยินผิดไปจากความเป็นจริง ควรมีแสงสว่างพอสมควรในเวลากลางวัน และลดแสงในเวลากลางคืน[11]

3.5 ความรู้ พยาบาลต้องมีความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันและสามารถให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวได้

3.6 การติดต่อสื่อสารและการเสริมแรงสนับสนุนทางอารมณ์ พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพที่เป็นแรงสนับสนุนในเชิงบำบัดแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว

3.7 พฤติกรรมบำบัด พยาบาลควรรับผิดชอบในการป้องกัน และการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในการลดพฤติกรรมที่สับสนและไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุและจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย หลีกเลี่ยงการผูกมัด โดยใช้วิธีการผูกมัดหรือให้ยาเป็นวิธีสุดท้าย ตอบสนองความต้องการในกิจวัตรประจำวัน พยาบาลควรเฝ้าระวังและดูแลความปลอดภัยของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ และปรับวิธีการดูแลให้สอดคล้องกับสถานการณ์อย่างเหมาะสมและควรมีอัตรากำลังของบุคลากรอย่างเพียงพอ

สรุป

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นหนึ่งในปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล มักเกิดจากผลการรักษาและเกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแล ถึงแม้ว่ามีผู้ป่วยหลายรายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงภาวะนี้ได้ แต่อย่างน้อยที่สุด ร้อยละ 30-40 สามารถป้องกันได้ ปัจจัยหลายอย่างในโรงพยาบาลทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ การขาดการเคลื่อนไหว ทุพโภชนาการ ขาดน้ำ การคาสายสวนปัสสาวะ และนอนไม่หลับ โดยที่ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นปัญหาที่ป้องกันได้และอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพการพยาบาล ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงต้องมีความไวต่อระดับการรู้คิดหรือความสามารถในการทำกิจกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย นอกจากนี้ การประเมินผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยง การพัฒนารูปแบบการป้องกัน และจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันยังคงเป็นงานที่ท้าทายสำหรับพยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. Flaherty JH, Tarig SH, Raghavan S, Bakshi S, Moinuddin A, Morley JE. A model for managing delirious older inpatients. Journal of the American Geriatric Society 2003; 51: 1031-5.
2. Rossy D, Mackey M, Phillips S. Delirium: Look...screen...intervene: a self-directed resource guide 2007. The Ottawa Hospital Delirium Task Group [retrieved August 31, 2008]. Available from: URL: http://www.rgpc.ca/best/Flo%20 Collaborative%20 Delirium%20SelfDirected%202007%20E.pdf
3. นุชนาฏ แจ้งสว่าง, พรทิพย์ มาลาธรรม, สุภาพ อารีเอื้อม, สิรินทร ฉันศิริกาณจน. ปัจจัยทำนายจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี. รามาธิบดีสาร 2550; 13(3): 405-26.
4. Inouye SK. Current concepts of delirium in older persons. New Engle J Med 2006; 354: 1157-65.
5. ประคอง อิทรสมบัติ. ภาวะสับสนเฉียบพลัน: การป้องกันและการจัดการดูแล. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี เรื่อง 3Ds (Delirium, Dementia, and Depression) in aging: an evidence-based approach; 6-8 สิงหาคม 2551; ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภาการพิมพ์; 2551.

6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mentaldisorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
7. Registered Nurses Association of Ontario [RNAO]. Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia, and depression. Nursing best practice guidelines: shaping the future of nursing; 2004 [retrieved August 31, 2008]. Available from:http:// www.rnao.org/Page. Asp? Page ID = 924 & Content ID = 797
8. Lipowski Z J. Delirium in the elderly patient. The New England Journal of Medicine 1989; 320(9): 578–81.
9. Inouye SK, Dyck CV, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. Annals of Internal Medicine1990; 113: 941– 8.
10. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. Journal of the American Medical Association1996; 275: 852–7.
11. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with delirium. Washington DC: American Psychiatric Association; 1999.